**Allegato 4**

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE**

**< UTENTE >**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presente nella giornata di oggi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso la Sede/Sezione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a tutela della salute propria e degli altri lavoratori presenti sul luogo di lavoro,

DICHIARA

per quanto a propria conoscenza

*(contrassegnare il caso che ricorre)*

* che in questo momento è in buono stato di salute e non presenta alcun sintomo riconducibile al contagio da coronavirus;
* che non è stato in contatto con persone contagiate e vittime di COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
* che non proviene da zone a rischio secondo le indicazioni dell’OMS;
* che non ha avuto stati influenzali o altri sintomi riconducibili al COVID-19 negli ultimi 14 giorni;
* di rientrare dalla quarantena volontaria di 14 giorni dopo essere stato a contatto con persona contagiata da coronavirus;
* di rientrare dalla quarantena obbligatoria di 14 giorni dopo essere stato vittima di coronavirus.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi delle disposizioni vigenti dettate dal D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione della presente autocertificazione, acconsente al trattamento dei dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_